UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1918 — N° 10

Syndrôme Infantile Curable

de

RÉGRESSION PSYCHIQUE

Post Infectieuse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 1918

PAR

René-Henri SARACINO

Né à Bône (Constantine), le 16 Septembre 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*.....	PRÉSIDENT
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et microbiologie*	ASSESSEURS
GILLOT, *Agrégé en exercice, médecine générale*.....	
MONTPELLIER, *Chargé des fonctions d'agrégé, section des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées*.....	

ALGER

IMPRIMERIE ALGÉRIENNE

1918

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1918 — N° 10

Syndrôme Infantile Curable

de

RÉGRESSION PSYCHIQUE

Post Infectieuse

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 1918

PAR

René-Henri SARACINO

Né à Bône (Constantine), le 16 Septembre 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT

SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et microbiologie.*
GILLOT, *Agrégé en exercice, médecine générale*.....
MONTPELLIER, *Chargé des fonctions d'agrégé, section des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées*..... } ASSESSEURS.

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE

1918

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (✻, I. ✪).
ASSESSEUR..... TRABUT (✻, I ✪, O. ✱).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Physiologie	REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪)
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	X.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✪).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✪).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✪, ✱).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪)
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✪, O. ✱)
Pathologie générale, microbiologie	SOULIÉ (✻, I. ✪).
Hygiène et médecine légale	X.
Histologie	ARGAUD (I. ✪).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEUR HONORAIRE

M. A. TREILLE (✻).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM. GILLOT (I. ✪)
Physiologie	BATTEZ (✻).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM. LEBLANC (✻, A. ✪).
Chaires de pathologie, de clinique externe et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✪). FUSTER (✻, A. ✪).
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✪).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de chirurgie	LOMBARD. PÉLISSIER.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	NÈGRE.
Section des Maladies des Pays-chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	MONTPELLIER.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette thèse :

A mon Père et a ma Mère

Témoignage de ma profonde reconnaissance

A mes Sœurs

A mes Frères

A ma Sœur le Dr Blanche SARACINO

Affectueux souvenir d'études

A ma Famille

A mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CRESPIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

Témoignage de profonde reconnaissance

A MES Juges

A mes Maitres de la Faculté d'Alger

A mes maitres des Hôpitaux

AVANT PROPOS

La Pédiatrie, déjà très en honneur, devient actuellement un des chapitres les plus intéressants de la science médicale. Chaque jour, ce sont des observations nouvelles, des constatations probantes qui s'ajoutent à cette pathologie jusqu'ici imprécise.

Notre dernière année d'études y fut consacrée, et c'est avec enthousiasme que nous nous sommes laissés conduire dans cette voie par un maître qui nous prodigua, sans compter, son enseignement et ses conseils.

C'est à M. le Professeur Crespin que nous devons l'inspiration de ce sujet de thèse d'autant plus passionnant qu'il est demeuré jusqu'ici perdu dans la pathologie des maladies infantiles : « Les régressions psychiques, curables, post-infectieuses chez le jeune enfant » n'ont pas encore fixé, suffisamment l'attention des pédiatres qui les ont classés dans les délires infectieux ou dans les arriérations post-infectieuses.

Que notre maître reçoive ici nos affectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fit d'accepter la présidence de notre thèse et pour l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant nos divers stages dans son service.

Que M. le Professeur Rouvier soit assuré de notre reconnaissance pour l'enseignement précieux qu'il sut nous fournir pendant notre long séjour à la clinique obstétricale et pour nous avoir initié à l'art difficile des accouchements.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le Professeur Vincent dont nous sûmes apprécier la bienveillance.

Que M. le Docteur Cochez trouve ici le témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement pratique dont

il sut nous faire profiter et pour l'affabilité qu'il ne cessa de nous montrer.

Nous avons été vivement touché par l'intérêt que nous ont témoigné MM. les Professeurs Crespin, Curtillet, Ardin-Delteil, Soulier, Cange, Fuster. MM. les Docteurs Saliége, Aboulker, Goinard, Pélissier, Ferrari, Montpellier et nos maîtres de la Faculté MM. les Professeurs Weber, Argaud, Leblanc, Sambuc, Hérail, Poujol, Rey, Gillot, Dufour, Nègre. Nous n'aurions garde d'oublier Mademoiselle Vandomberg, maîtresse sage-femme, de qui nous gardons le meilleur des souvenirs.

C'est avec plaisir que nous nous souvenons de nos chefs, pendant nos années de mobilisation, M. le Médecin chef Faraut et MM. les Médecins Majors Marbot, Bulliod, Quintard.

Nous sommes émus en pensant à nos camarades victimes de la grande guerre : les Docteurs Sésini, Charnot, Alaux, Calamel, Baudin, Lemoine et Mattei.

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à la clinique médicale infantile, nous avons eu l'occasion d'observer de nombreux cas d'arriération mentale et de troubles psychiques survenus à la suite de maladies infectieuses.

Ce qui nous a surtout frappés chez certains petits malades, c'est une régression psychique passagère qui survenait durant la convalescence. Nous avons cru pouvoir détacher de nos observations un ensemble de symptômes que notre maître M. le Professeur Crespin, nous conseilla d'étiqueter sous la rubrique : « Syndrome de régression psychique curable post-infectieuse chez le jeune enfant. »

Les éléments constitutifs du syndrome, observés par hasard par quelques auteurs n'ont pas encore été réunis en un tout pour constituer un chapitre spécial de la pathologie infantile.

Dans notre travail nous nous efforcerons de les étudier de la façon la plus approfondie possible en nous conformant au plan suivant :

Dans un premier chapitre, nous envisagerons le développement de l'état mental de l'enfant normal jusqu'à 7 ans. Cette étude nous servira de point de comparaison avec l'enfant pathologique.

Le second paragraphe sera consacré à l'étiologie et à la pathogénie de ces régressions.

La troisième partie comprendra l'étude du syndrome de régression et de ses éléments.

Le chapitre quatre, aura pour objet le diagnostic de l'affection.

Le cinquième, aura en vue le pronostic, chapitre essentiellement intéressant au point de vue pratique, puisqu'il nous permettra de faire la différence entre un idiot et un être éminemment curable.

Dans une dernière partie nous ferons un essai de thérapeutique.

CHAPITRE I

Développement de l'état mental de l'enfant normal jusqu'à 7 ans

Avant d'arriver à l'état de développement psychique complet, l'enfant passe par une série de stades définis. Ces stades correspondent à des acquisitions plus ou moins importantes qui paraissent se faire surtout dans les premières années de la vie, c'est-à-dire de un à sept ans ; c'est donc uniquement cette période qui retiendra notre attention. Nous essayerons de suivre les progrès d'addition du domaine psychique et de les rapporter aux âges auxquels ils appartiennent.

Nous envisagerons une première période de la naissance à neuf mois, caractérisée par l'importance du développement spinal et par une ébauche d'acquisitions psychiques.

Une deuxième période de neuf mois à trois ans durant laquelle l'enfant acquiert un développement intellectuel extraordinaire.

Une troisième période de trois ans à sept ans, réservée à des acquisitions intellectuelles d'un ordre plus élevé, jugement, raisonnement, reproduction, invention, et à la stabilisation de ces acquisitions.

De la naissance à neuf mois, les fonctions cérébrales n'étant que peu développées, l'état psychique ne présente rien de particulier ; les fonctions médullaires dominent la scène et l'emportent sur les cérébrales. Au stade nourrisson, comme le dit Collin « l'enfant n'est qu'un être spinal ».

Ces fonctions conditionneront plus tard l'état psy-

chique de l'enfant caractérisé, à la naissance uniquement par la masse, ses mouvements et ses cris.

Les réflexes sont les premiers à apparaître ; viennent ensuite la vision et la sensibilité générale.

D'après les recherches que nous avons pu faire sur les nouveaux-nés de la Clinique Obstétricale, que M. le Professeur Rouvier mit bienveillamment à notre disposition, nous avons pu constater que les mouvements réflexes apparaissent presque dès la naissance. Malgré les difficultés d'appréciation que présentent de tels examens sur de si jeunes sujets, il nous paraît que les réflexes de défense sont constants. En ce qui concerne les réflexes tendineux, nous pouvons dire, ainsi que Collin, qu'il y a suréflectivité tendineuse durant les six premiers mois ; le réflexe achiléen est très précoce : nous avons pu le mettre en évidence chez un enfant de six semaines.

La sensibilité générale, qui tient dans le développement de l'enfant une place primordiale, est obtuse durant les premiers mois. Collin a constaté un retard constant dans toutes les perceptions sensitives et sensitivo-sensorielles. Nous avons, entre autres perceptions, recherché la réaction à la douleur. Les nouveaux nés que nous avons examinés montraient, en effet, un retard dans leurs réactions. Les autres enfants, plus âgés, présentaient des réactions à la douleur beaucoup plus vives.

La sensibilité à la chaleur est très prononcée dès le premier jour.

Comme la plupart des auteurs, nous pensons que les fonctions de relation apparaissent dès les premières heures qui suivent la naissance, mais qu'elles n'existent qu'à l'état débauche. Par la suite, elles se développent progressivement, ce n'est que vers le neuvième mois que cette sensibilité atteint son suprême degré de développement ; elle est alors comparable à celle de l'adulte, exception faite pour les débiles.

Passons maintenant aux sensations d'un ordre spé-

cial, se rapportant au goût, à l'ouïe, à la vision. Celles-ci ont ce caractère commun d'apparaître dès la naissance. Pour Cruchet, les sensations auditives sont perçues dès le troisième mois ; pour Buffon, les pupilles réagissent aux premiers instants de la vie. Magitot, qui étudie à quel moment de la vie est susceptible de se produire le réflexe pupillaire à la lumière, l'a noté chez le prématuré au cinquième mois de la vie intra-utérine ; « la première contraction observée, nous dit-il, est un petit mouvement vermiculaire vite arrêté ».

A côté de l'état spinal dont nous nous sommes occupés jusqu'ici, et régit par lui, se dessine un nouvel état, c'est le psychisme. Loin d'avoir une évolution aussi régulière que le précédent, il est cependant possible d'en donner une étude incomplète, peut-être, mais réelle. Quelques signes extérieurs permettent assez bien de déceler et d'envisager les premiers acheminements de l'enfant dans ce domaine.

Ses yeux nous donnent les premiers indices. Indifférent à tout ce qui l'environne durant les deux premières semaines, le nourrisson sort de cette torpeur vers le 15e jour ; il devient capable de fixer et de suivre les objets qui l'entourent. C'est vers le 10e jour que Witkowski a vu le regard se fixer réellement pour la première fois.

Preyer place à la fin du 4e mois l'éclosion de l'intelligence ; dans un tableau synoptique, il nous donne les divers âges auxquels se manifestent les premiers actes de la volonté : il localise au 4e mois l'acte de montrer, de prendre ; au 5e, celui de refuser. A 6 mois, l'enfant discerne un signe amical d'un signe de reproche. C'est vers le 9e mois que l'enfant précoce acquiert des mots sans idées ; ces mots ne sont pas toujours très compréhensibles, mais ils ont une valeur, ils nous permettent de constater les premiers essais de coordinations entre l'entendement et les mouvements. L'enfant réclamant du pain et montrant ce pain, ce sont-là, en général, les

premiers mots adaptables à l'objet qu'il désire et qu'il voit.

Cette première étape, ayant trait au langage, est franchie vers la fin de la première année ; cette fonction langage dès lors se perfectionnera plus ou moins vite.

Dans une deuxième période de neuf mois à trois ans, nous assistons à l'éclosion et à l'épanouissement des facultés de l'intelligence ; le petit enfant n'est plus « un ventre », il devient un petit être qui s'affirme et se précise. Un nouveau facteur interviendra dont il nous faudra tenir compte, ce sera la croissance psychique.

Le langage sera pour nous un sérieux élément d'appréciation de l'intelligence. Collin, dans son article sur les « étapes neuropsychiatriques de la naissance à trois ans » pense que « l'on connaîtra la valeur de l'intelligence de l'enfant, en appréciant le laps de temps qui s'écoule entre le prononcé des premiers mots et l'usage des premières phrases ». « Il s'agit-là, dit-il, d'un travail spontané de l'intelligence demandant un effort de réflexion, et les variations individuelles sont considérables ».

Ce procédé facilite le pronostic à apporter sur le développement psychique futur. Quelques bambins commencent tardivement à dire les premiers mots, ce serait une erreur d'en faire des arriérés et de porter sur eux un jugement sévère. Par la suite, leur intelligence donne souvent toute satisfaction. D'autres très précoces ont, par contre, montré dans la suite une intelligence plus que médiocre.

Il est donc utile de noter soigneusement l'instant où l'enfant devient capable de bâtir une phrase ; c'est ordinairement entre 15 et 20 mois que se fait cette constatation. Toutefois, à cet âge, le bébé n'a pas encore conscience de sa personnalité et ne rapporte pas ses actes à lui ; c'est entre le 22e et le 28e mois qu'il emploie le pronom je, nous dit Collin. Il faut voir là un signe de développement de l'intelligence, puisque cette faculté d'attribution manque chez les arriérés et les idiots.

Dès ce moment, le langage est constitué, l'enfant associe ses idées et sait les mettre à exécution avec esprit de suite. Toutes ses facultés sont en éveil ; il va tirer du monde extérieur tout un enseignement. Rien ne rassasiera sa curiosité, les moindres phénomènes de la vie l'inquiéterons. Jusqu'à six ans, ce sera la période des « pourquoi », indice de sa curiosité.

Les actes, souvent réflexes, deviennent de plus en plus conscients et tendent vers un but spécialisé.

L'apparition des sentiments sera un acquis nouveau au domaine psychique : l'affectivité, la jalousie et toutes sortes de sentiments complexes vont se trouver accrus. Une solidarité étroite s'affirme entre les divers éléments de la conscience ; les émotions consécutives aux spectacles qui s'offrent à ses yeux auront un rôle important dans la génése de son émotivité ultérieure.

L'instabilité du jeune âge tend à s'atténuer. Le développement psychique devient aussi important que le développement physique et certains auteurs, plus hardis que les autres, ont essayé de rapprocher les étapes générales de la croissance psychique de celle de la croissance corporelle.

Du reste, comme le dit Marfan, « n'est-il pas tentant de donner un aperçu rapide de la mesure de l'âme après avoir indiqué brièvement celle du corps ? »

Binet et Simon, dans « l'Année psychologique 1905-1908 », créèrent alors un système de mesures expérimentales de l'évolution croissante et progressive de l'esprit, qu'ils désignèrent sous le nom de tests. Ces tests, véritable échelle métrique de l'intelligence, s'adressent à la seconde enfance de 2 à 7 ans, période où l'enfant arrive à l'âge scolaire. C'est à cette phase de la vie que se dessineront les caractères définitifs et les aptitudes.

L'esprit introduit l'analyse dans les données de l'expérience, opère des sélections qui lui permettent de comparer, de grouper, d'abstraire et de généraliser.

L'enfant tend vers un développement complet de son être moral et physique, il est la miniature de l'homme.

CHAPITRE II

Perturbations apportées par les maladies infectieuses dans ce développement normal

Ce développement normal de l'esprit peut être troublé dans son évolution par bien des causes. Mais celles que l'on retrouve le plus souvent à l'origine de ces altérations sont de nature infectieuse.

Cette parenté, depuis très longtemps, a été constatée ; c'est ainsi que Portal, le premier, nota dans une même généalogie la fréquente coïncidence de la manie de l'épilepsie et de la phtisie pulmonaire. Hallaran note la parenté de la scrofule et de l'aliénation mentale. Apert cite de très intéressantes observations de retard de développement psychique causé par des maladies microbiennes.

Toutes les infections, toutes les intoxications sont susceptibles de frapper l'appareil nerveux dans l'une ou l'autre de ses parties et le plus souvent dans toutes. Nous assisterons, selon que l'infection imprégnera plus ou moins profondément la substance cérébrale à toutes sortes de psychoses. Et par psychose, nous entendrons, selon la définition que Comby donne dans son livre des Maladies de l'Enfance : « des troubles d'origine cérébrale, passagers, intermittents, durables ou permanents, sans lésions appréciables, se traduisant par des perversions de l'intelligence, de la mémoire, du jugement, de la volonté, des sentiments, de la parole, avec répercussion possible sur la motilité, la sensibilité, la nutrition générale. »

D'autres causes peuvent donner naissance à ces psy-

choses infantiles, ce sont les émotions ; ce cadre émotionnel est très réduit, nous le laisserons de côté pour nous occuper des psychoses infectieuses ; Emminghaus, en effet, dans 103 cas de psychoses infantiles, note 26 fois des maladies infectieuses comme constituant le facteur étiologique de la maladie mentale.

Les troubles nerveux ont une place prépondérante parmi les multiples complications qui peuvent survenir dans le cours de maladies infectieuses. Nombreuses sont les classifications qui ont été proposées pour en faire leur étude.

Quelques auteurs ont surtout eu l'attention attirée par les troubles psychiques apparaissant à la période apyrétique ; plus rares, ils n'en sont que plus intéressants. Ce sont ces troubles que Weber dénommait « délire du Collapsus », Traube « délire d'inanition », tandis que Krœplin les englobait sous la dénomination de « psychose asthénique ».

Pour beaucoup, ils sont l'apanage des infections typhoïdiques. Dieuzaide, dans sa thèse, a rassemblé tous les cas de psychoses, post-typhoïdiques cités jusqu'à ce jour dans la littérature médicale française et étrangère ; leur nombre est considérable. La fièvre typhoïde a même été souvent invoquée comme cause directe d'aliénation mentale. Jacob attribue à la fièvre typhoïde 1/8 des cas de manie.

Mugnier (thèse 1865) groupe 43 cas d'aliénation mentale dus à la fièvre typhoïde.

Christian, sur 2.000 aliénés observés de 1860 à 1872 à Montdevergnes, a noté 11 cas de folie post-typhique.

Tout en reconnaissant le rôle important joué par les infections Eberthiennes, nous n'en retiendrons pas moins celui tenu par d'autres affections : pneumonie, coqueluche, diphtérie, etc.

Sans distinction de race, nous mettrons en cause tous les agents toxi-infectieux.

D'ailleurs, la connaissance de plus en plus approfondie que nous avons des processus toxiques et infec-

tieux, nous permet d'envisager dans son ensemble la part qu'ils prennent dans la genèse des maladies du système nerveux.

Certaines maladies microbiennes atteignent primitivement et électivement le système nerveux ; d'autres, sans affecter une spécificité aussi nette, s'y localisent plus ou moins tardivement, telles la tuberculose et la syphilis.

Homen et Fraenckel ont récemment mis en lumière le rôle important que peuvent jouer les bactéries par leur pénétration dans le tissu nerveux au cours des infections générales. Ils ont constaté la présence, par la culture, de microbes dans les centres nerveux, quelquefois même en l'absence de bactéries dans le sang.

Malheureusement, le mécanisme intime des bactéries ou de leurs toxines est mal connu, nous connaissons bien mieux le cadre dans lequel elles évoluent.

Les différentes manifestations morbides, résultant de l'atteinte du système nerveux par le processus infectieux, sont régies en effet par des causes diverses ; selon l'intensité de l'agent toxique, selon qu'il agira rapidement, brutalement ou, au contraire, d'une façon discrète, selon les prédispositions antérieures de l'organisme, suivant que la défense se sera organisée, les lésions engendrées prendront une formule variable.

Quel est le mécanisme exact de ce processus infectieux ?

Quelle est la marche de ces perturbations ; comment le système nerveux réagit-il vis-à-vis du microbe envahisseur ?

La question a diversement été solutionnée.

Pour les uns, des troubles de vascularisation, quelquefois matériellement constatables, constitueraient le substratum anatomo-physiologique de ces lésions légères de l'encéphale.

Pour Pierret 1893, et Camia 1900, ce sont des lésions de méningo-encéphalites aiguës diffuses, d'origine infectieuse. Pierret les résume ainsi : « stase des globu-

les blancs qui se rencontrent disséminés dans tous les espaces où ils ont accès ; autour des cellules nerveuses, ayant le plus souffert dans leur nutrition, on les voit réunis, contrastant par leur vitalité avec la cellule elle-même, au protaplasma trop clair, réticulé et au noyau déformé qui tend à devenir excentrique. »

Pour les autres, ce serait plutôt l'action des microbes et de leurs toxines qui serait à considérer.

Christian, en 1873, dans les Archives de Médecine, attribuait déjà un grand rôle au poison typhique.

Lereboullet (*Gaz. heb. de Méd.*, 1877), signale l'action nocive du sang infecté.

Pour Redon, 1883, les troubles mentaux sont produits par une anémie toxique.

Dans des travaux plus récents, M. Chantemesse développe l'idée que les premiers effets de la toxine typhique se font sentir sur les centres nerveux, déprimant la moelle, puis le cerveau et enfin les centres bulbaires.

Pagliano explique les phénomènes d'excitation psychique, par l'action des toxines ; pour les délires de la convalescence, il pense que ce sont l'anémie, l'épuisement nerveux et les prédispositions individuelles qui favorisent l'éclosion des accidents vésaniques. Teissier et Guinard ont cru trouver l'influence des toxines vieillies sur les altérations légères de l'axe cérébro-spinal.

Pour Séglas, Chariet, Teissier, Crespin, Bronner, cette pathogénie des troubles psychiques est complexe ; tout en tenant compte des microbes, ils se demandent s'il n'est pas nécessaire de considérer le rôle des poisons normaux non transformés ou non éliminés et en arrivent à la théorie de l'auto-intoxication par lésion des émonctoires.

Quant aux glandes vasculaires sanguines, leur rôle est considérable. En effet, lorsque la sécrétion d'une de ces glandes fait défaut ou est insuffisante, l'état du milieu intérieur est par là même modifié.

L'équilibre de l'organisme serait sujet à des variations constantes, si des mécanismes multiples d'autoré-

gulation n'intervenaient constamment pour ramener la composition chimique à un état à peu près invariable, seul compatible avec la prolongation de l'existence.

Dans les états infectieux, il y a altération des glandes endocrines ; leur hypo ou leur hyperfonctionnement fait que la variation du milieu intérieur est encore plus flagrante, elle retentit à son tour sur tous les autres éléments de l'organisme ; à ce point de vue, les organes à sécrétion interne les plus importants sont : les glandes surrénales, le corps thyroïde, l'hypophyse, les glandes génitales, la rate et le foie.

Les glandes génitales et tyroïdiennes paraissent avoir une action toute particulière sur le psychisme. L'insuffisance de ces glandes se traduit par une modification portant sur le caractère et en particulier sur l'orientation intellectuelle.

Pour Reverdin, Bourneville et Brissaud, ces modifications seraient d'ordre précisément inverse à celles que provoque, au moment de la puberté, l'épanouissement fonctionnel des glandes endocrines.

Quel que soit le mécanisme pathogénique de ces troubles psychiques, des degrés sont à considérer dans l'atteinte du système nerveux.

C'est ainsi que nous verrons, à la suite de maladies infectieuses, s'établir des déficiences intellectuelles plus ou moins prononcées, qui marqueront les étapes successives de la déchéance psychique.

Nous aurons à considérer, suivant l'intensité des désordres, des cas d'idiotie, d'imbécillité, d'arriération mentale.

Ces tares ont toutes ce caractère de commun, c'est d'être durables.

Nous donnerons une définition de chacune d'elles, afin de faciliter le diagnostic du syndrome de régression que nous étudierons dans le chapitre suivant, syndrome que l'on a trop souvent confondu avec elles.

Pour Binet, l'idiot est celui qui n'arrive pas à communiquer par la parole avec ses semblables, c'est-à-dire,

qui ne peut ni exprimer verbalement sa pensée, ni comprendre la pensée verbalement exprimée par d'autres, alors que ni un trouble de l'audition, ni un trouble des organes phonateurs, n'expliquent cette pseudo-aphasie, due entièrement à une déficience intellectuelle.

L'idiotie, dit Séguin, est une infirmité du système nerveux, qui a pour effet de soustraire tout ou partie des organes et des facultés de l'enfant à l'action de la volonté, qui le livre à ses instincts et le retranche du monde moral.

Quant à nous, il nous semble que l'idiotie est due à des lésions du cerveau, survenant pendant la vie fœtale ou même dans le bas-âge ; elle n'est pas un retard du développement intellectuel, mais une déviation du fonctionnement cérébral, tenant à des lésions du cerveau même.

L'enfant imbécile ne possède qu'une somme plus ou moins restreinte d'intelligence ; dans le cas d'imbécillité acquise, il a oublié les acquisitions antérieures, il n'arrive plus à communiquer par écrit avec ses semblables ou plus exactement il n'interprète plus ce qu'il lit, alors qu'il n'existe aucun trouble de la vision.

Pour Belhomme, c'est un état dans lequel les facultés ne se sont développées que jusqu'à un certain point, ce qui empêche les individus qui en sont atteints de s'élever au degré de développement intellectuel auquel parviennent ceux qui, placés dans les mêmes conditions, ont le même âge et le même sexe.

L'arriération mentale est un arrêt de développement psychique par altération glandulaire, elle se rapproche de l'imbécillité, parfois même de l'idiotie.

A côté de ces psychoses, s'en rangent d'autres, d'importance moindre et qui prennent naissance également durant des états infectieux. Elles sont souvent plus longues que la maladie considérée, on les voit persister alors que le sujet est en pleine convalescence, ou encore elles n'apparaissent que lorsque le sujet est convalescent. A ces troubles, caractérisés par un retour en ar-

rière, sans perversion, ni altération globale de l'intellect, nous donnerons le nom de « régressions psychiques ».

Celles que nous avons pu déceler et qui nous ont particulièrement intéressées sont celles qui ont pris naissance au décours de convalescence de maladies infectieuses et qui ont guéri par la suite. Nous essayerons d'en donner une étude approfondie dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

Etude du Syndrôme de régression psychique

Définition, symptomatologie. — Les troubles psychiques et intellectuels appartiennent au tableau symptomatique des maladies infectieuses, de la fièvre typhoïde en particulier. On les observe à toutes les périodes de la maladie ; on les voit évoluer avec plus ou moins de fracas et disparaître avec l'élévation thermique ; on les voit persister, la maladie une fois guérie, pendant un temps plus ou moins long ; on les voit aussi devenir irréductibles, entraînant une régression psychique permanente, idiotie, imbécillité, aliénation mentale.

Ce sont des faits d'observation courante, dont la pathogénie a suscité un grand nombre de recherches. On sait très bien que nombre d'idiots ne l'étaient pas avant une fièvre typhoïde ou une infection quelconque. Baillarger, Mugnier, Mairet 1887, Crespin 1891, Raymond 1893, Fontaine 1898, Krœplin, Dufour 1899, Rougé 1905, Régis 1909 ont été les premiers à décrire ces états et les ont englobés sous le terme générique de psychoses de la convalescence.

Quelques-uns ont essayé de dissocier parmi ces troubles mentaux, les divers caractères qui les constituent. C'est ainsi que Krœplin reconnaît 4 types de psychoses post-infectieuses :

1° Délire de collapsus ; 2° Délire d'hallucination ; 3° Délire asthénique ; 4° Stupidité.

Cet auteur avait entrevu quelque chose de nouveau qui venait s'ajouter au délire dans ces psychoses ; à côté du délire onirique, des hallucinations, de l'agita-

tion, il avait noté de l'hébétude, de la désorientation, de l'asthénie mentale.

Disons que la plupart de ceux qui se sont occupés de la question ont reconnu l'influence de la prédisposition héréditaire dans le développement de ces troubles, sans oublier cependant l'influence de l'adultération des émonctoires ou auto-intoxication, celle des toxinies plus ou moins vieillies (Teissier) agissant sur le système nerveux et plus récemment celle de la perturbation endocrinienne.

Toutes ces manifestations des maladies infectieuses ont été étudiées également chez l'enfant ; on peut dire, d'une manière générale, que le délire est rare dans le jeune âge, mais que les phénomènes de régression psychique sont, au contraire, fréquents.

Ce qui a été moins étudié, c'est le « syndrome de régression psychique », essentiellement transitoire, curable, faisant suite à une infection quelconque plus ou moins guérissable.

Dans ce travail, à la faveur de quelques cas observés dans le service de M. le Professeur Crespin, nous avons pu nous faire une idée assez exacte de ce syndrome.

Notre étude manquera certainement de précision, les cas observés étant peu nombreux et les sujets, pour la plupart très jeunes (un à sept ans), ne présentaient pas un intellect suffisamment développé. Quoiqu'il en soit, nous nous efforcerons de jeter des bases qui pourront servir plus tard à étayer d'autres travaux plus substantiels.

Lorsque ce syndrome est très léger, les désordres qui le constituent passent inaperçus ; au bout de quelques jours, de quelques semaines, tout rentre dans l'ordre ; faut-il voir là la raison pour laquelle il a échappé aux pédiatres les plus perspicaces ?

D'autres fois, le syndrome se présente avec des allures plus sévères ; il est caractérisé par un véritable retour de l'esprit en arrière. Dans ce cas là, alors que le système nerveux a été profondément touché, ces troubles ont

une intensité telle qu'ils paraissent la conséquence obligée des lésions et des symptomes observés pendant la maladie (méningites, encéphalopathies).

En général, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, le plus souvent, le jeune malade paraît absolument idiot ; il parlait, il ne parle plus, il marchait, il ne marche plus, il savait manger, il ne le sait plus, il est indifférent à tout et semble vivre d'une vie végétative.

L'obnubilation s'accentue ; elle s'accompagne d'agitation traduite par des cris inarticulés ou de dépression. Des tics s'installent. L'enfant semble avoir perdu la plupart de ses acquisitions antérieures, il ne ressemble en rien à ce qu'il était auparavant ; il se souvient de certains besoins instinctifs, comme celui de boire, de manger, qu'il manifestera par des cris ou des pleurs. Son psychisme est tellement diminué qu'il ne discerne plus ce qui est bon à manger de ce qui ne l'est pas. Il ingurgite tout ce qui lui tombe sous la main : terre, papier, comme dans nos observations II et III. On a passé sur son esprit une éponge. L'enfant de 4 ans est comparable au nourrisson de 12 mois, qui n'a pour s'exprimer que quelques mots à sa portée ; les objets qui lui servaient de jouets n'ont pour lui aucun attrait ; il les regarde d'un œil indifférent, sans que la fatigue ou la fièvre puissent expliquer cette indifférence.

En aucun cas, on n'a pu citer d'idées délirantes, de la confusion mentale, de la perversion ou de la déviation psychique. Le malade est relativement calme, son regard n'est pas celui d'un halluciné.

Il y a oubli complet, l'intelligence est comme embrumée. L'enfant présente de la conservation des attitudes, signe sur lequel Collin a beaucoup insisté dans sa thèse de 1912.

Jusqu'à 2 ans, ce syndrome neuro-musculaire est normal, au-delà, il indique de la débilité mentale et permet de dépister de futurs psycho-nevropathes.

Il nous sera, plus tard, un élément précieux de pronostic. Collin cite le cas d'un enfant auquel on avait

donné une position spéciale, dite « du bras tendu » et qu'il conserva pendant 28 minutes, sans la moindre fatigue. Il était si peu las, qu'assis sur le lit et remis dans la même position, il y resta 15 minutes.

Cette résistance à la fatigue n'existe ni chez les idiots, ni chez les imbéciles. Bernheim et Arnaud l'ont noté chez les déments précoces, les paralytiques généraux ; elle dénote toujours un profond état de déchéance.

A côté de ce syndrome infantile psycho-neuro-musculaire, nous avons constaté chez ces mêmes malades des mouvements syncinétiques, dont Strœhlin fait une étude détaillée dans sa thèse de 1911.

D'après sa définition, on entend par syncinésies « les mouvements qui s'effectuent dans une partie du corps, d'une façon involontaire, au moment où ont lieu des mouvements volontaires ou réflexes dans une autre partie. »

Ces mouvements associés sont normaux jusqu'à 9 mois ; déjà à ce moment, la précision dans les gestes volontaires se dessine et l'éducation les dissocie. Leur persistance au-delà est, pour Strœhlin, un indice de débilité motrice et mentale.

Westphal en décrivant les mouvements associés dentiques des hémiplégies infantiles, fait remarquer que les syncinésies s'observent fréquemment chez les sujets dont l'intelligence est peu développée et chez les idiots.

Ce syndrome de régression est, avant tout, un syndrome de négation. Toutes les acquisitions antérieures ont disparu, toutes les lueurs de l'intelligence sont éteintes ; par contre à côté de cette désolation intellectuelle, persiste seul, mais affaibli, le sentiment de l'affectivité.

L'enfant voit sa mère avec plaisir s'approcher de son lit ; c'est la seule personne à qui il sourit et par laquelle il se laisse donner les soins nécessaires.

Ce sentiment ne disparaît jamais, même au moment le plus critique de la maladie. Il a pour nous une valeur

réelle, puisqu'il nous servira pour le pronostic à faire plus tard.

A quel moment de la maladie, le syndrome de régression fait-il son apparition ?

Quand se présente-t-il avec toute sa netteté ?

Dans trois de nos observations, nous l'avons noté au déclin de la fièvre, alors que le bébé entrait en convalescence. Dans deux, la phase aiguë s'est accompagnée de délire surajouté, auquel se mêlait déjà de vagues symptômes de régression.

D'une manière générale, c'est dans la période apyrétique qu'on l'observe dans toute sa pureté et à ce moment, il est d'autant plus caractéristique qu'aucun autre symptôme pathologique ne vient le masquer.

Alors que la guérison s'affirme, que la vie un moment ralentie, reprend son cours, que l'appétit renaît, que le sommeil n'est plus troublé, on remarque que seule l'intelligence ne s'associe pas aux progrès de l'individu. Elle est réduite au minimum et malgré les efforts de l'entourage dont l'inquiétude est grande, elle paraît condamnée à s'éteindre pour toujours.

Pendant deux mois, quelque fois trois, cet état persiste. Puis, brusquement, l'enfant, tel un nourrisson de 12 mois, refait quelques pas. Les soins les plus constants sont nécessaires pour lui réapprendre à marcher, à manger convenablement. Il semble sortir d'un rêve ; chaque mot prononcé devant lui paraît lui rappeler d'autres mots. Les souvenirs arrivent en masse. Le langage oublié jusqu'ici se constitue en bref délai.

L'enfant retrouve toutes ses acquisitions du passé ; il réacquit ce qu'il avait appris. Il ne ressemble pas à celui qui apprend ce qu'il n'a jamais su, mais à celui qui apprend de nouveau ce qu'il a oublié.

Ce travail de réacquisitions dure plus ou moins longtemps ; trois à quatre mois chez deux de nos malades (obs. II et III) ; quatorze mois chez un troisième (obs. V) ; onze mois chez un quatrième (obs. IV) ; sept

mois chez un cinquième (obs. I). Il est facilité par l'éducation et les efforts intelligents de l'entourage.

Les sentiments reviennent aussi ; l'affectivité toujours présente s'accentue ; les parents et les amis sont mieux accueillis par le baby convalescent. L'enfant reprend intérêt au jeu. Son caractère flou et inaccusé jusqu'ici s'affirme ; la personnalité se stabilise. Qui a connu le petit malade les premiers mois de sa régression, est émerveillé des progrès réalisés. Le pronostic porté par l'entourage ne paraît pas vouloir se confirmer. Les parents voient avec surprise et joie le retour ad integrum de l'intelligence de l'enfant, retour qui demande pour se faire une moyenne de sept à huit mois.

Etiologie, Pathogénie. — Ce syndrome se retrouve essentiellement chez l'enfant ; c'est chez ces sujets que nous l'avons constaté dans nos observations.

D'autre part, tous nos petits malades observés étaient des garçons. Sommes-nous en droit de dire, vu le nombre restreint de nos observations, que la maladie frappe de préférence le sexe masculin ?

En ce qui concerne la pathogénie de cette régression post-infectieuse, il faut éliminer avant tout les causes capables d'amener une destruction des cellules nobles.

Il est certain que dans le cas que nous étudions, la lésion n'est pas destructive, puisqu'elle n'est pas accompagnée de troubles moteurs. Il n'y a pas lésion organique.

Ces troubles psychiques sont sous la dépendance du processus toxinique.

Teissier met en cause les toxines vieillies pour expliquer cette régression tardive.

Le professeur Rouvier d'Alger, avec qui nous avons eu l'honneur de discuter la question, verrait dans cette atteinte retardée du cerveau, la résistance de cet organe à l'infection, qui devient quand même la proie des toxines à un moment donné.

Il est l'organe le dernier qui s'infeste, mais il est aussi le dernier à se débarrasser des poisons microbiens.

La régression, pour lui, n'est que le contre-coup de l'hypofonctionnement des circonvolutions cérébrales infectées.

De quelle façon les germes et leurs toxines peuvent-ils altérer la substance cérébrale ? S'agit-il, comme le suppose Krœplin, que les cellules nerveuses périssent en grand nombre pour ne se renouveler que peu à peu ?

Les recherches anatomo-pathologiques nous manquent, tous nos malades ayant guéri.

Il s'agit, bien certainement, d'expliquer ces troubles tardifs dans leur apparition par l'action microbienne. Le système nerveux est comme tout l'organisme la proie des toxines.

Mais pourquoi ce retard apporté dans l'apparition de cette atteinte psychique ?

Avec Raymond, nous admettrons que « le processus créé par l'invasion des bactéries est loin de s'arrêter toujours avec la disparition de celles-ci ; bien au contraire, dans la plupart des cas, il continue à évoluer, tant sous l'influence des produits toxiques que les micro-organismes ont laissés dans les tissus, que par le fait de la continuation de la réaction secondaire des différents tissus vis-à-vis des lésions primitives. » (Raymond, *Pathologie nerveuse*, 1910).

A côté de ce facteur microbien, qui est à la base de ces adultérations névropathiques, il faut et avant tout, un autre facteur non moins intéressant, nous voulons parler de l'hérédité. Bien souvent, elle nous échappe, surtout chez nos malades d'hôpital dont l'histoire antérieure est mal connue. Un de nos bébés était rachitique (obs. III) ; l'autre était né d'une mère atteinte de tuberculose osseuse (obs. II) ; les deux autres ne présentaient rien d'anormal comme héritage paternel (obs. I et obs. IV) ; le dernier était issu d'une mère paludéenne (obs. V).

Rachitisme, tuberculose, paludisme, ont pu être les promoteurs d'une susceptibilité particulière du système nerveux vis-à-vis de l'intoxination microbienne.

La question de la pathogénie trouverait ainsi une solution toute logique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Fièvre typhoïde grave. — Régression psychique ayant duré 7 mois. Guérison complète.

J. C., 5 ans, commence une fièvre typhoïde vers le 23 octobre 1916. C'est un enfant qui a toujours été très bien portant ; nourri au sein pendant un an, son premier âge n'a été marqué par aucune des infections ou même indispositions habituelles. A deux ans, rougeole, guérissant rapidement. Croissance régulière.

Ses parents sont en excellente santé. Le père, coiffeur, de nationalité italienne, est sobre et de bonne constitution. La mère, également italienne, paraît parfaitement saine.

Deux frères, âgés l'un de 7 ans, l'autre de 9 ans, une sœur âgée de deux ans, sont bien portants.

Dans la famille, on ne peut déceler, d'après les dires des parents, aucune tare physique ou psychique.

La fièvre typhoïde de l'enfant fût particulièrement sévère. Le diagnostic clinique fut confirmé par la séro-réaction de Widal, positive au 1/100.

Dès le huitième jour, le malade perdit toute conscience ; il poussa des cris inarticulés nuit et jour et il fut très difficile de l'alimenter.

Hémorragie intestinale le 15e jour, après une période de diarrhée fétide copieuse.

Deux jours après l'hémorragie intestinale, qui avait été jugulée en vingt-quatre heures, vomissements répétés avec ballonnement du ventre, qui font craindre une perforation intestinale. Le foie, à ce moment, se montre gros et douloureux à la pression.

L'état se maintient très grave jusqu'au 25e jour ; la fièvre est plutôt rémittente que continue, avec des oscillations de deux degrés entre le matin et le soir, sans transpiration.

Aux poumons, (râles sibilants et ronflants, mais jamais de râles d'œdéme ; le cœur a toujours bien tenu, son accélération fut moyenne, avec un pouls bien frappé (120-130 oscillations par minute).

Convalescence pénible, marquée par des abcès multiples sous cutanés, dont l'incision fut nécessaire.

Alimentation difficile.

Amaigrissement considérable ; état squelettique du malade.

Les urines renferment, pendant plus d'un mois, 0 gr. 25 centig. à 0 gr. 50 centig. d'albumine. Vers le 3e jour, disparition totale de cette albumine.

Le traitement consiste en bains, urotropine, injections et huile camphrée.

Au 50e jour, la fièvre est tombée définitivement, l'alimentation est toujours difficile ; mais, à l'aide d'une cuiller, on fait ingurgiter des doses suffisantes de jus de viande, des bouillies liquifiées par du malt, des gelées de groseilles.

Ce qui frappe, c'est que l'enfant ne reprend pas conscience de ce qui l'entoure. Il ne cherche pas à manger, et il ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent ; il pousse des cris lorsque son père, sa grand' mère, s'approchent du lit où il repose. Il est comme effrayé par eux, alors que sa mère, qu'il ne semble pas cependant reconnaître, peut lui donner tous les soins nécessaires sans provoquer des cris ou des mouvements de défense de sa part.

L'enfant se tient constamment en résolution musculaire, tout recroquevillé sur lui-même, le dos arrondi et la tête tombant presque entre ses jambes qui, amaigries, se replient sur l'abdomen. Ses bras pendent le long du corps, immobiles le plus souvent, comme oubliés par le malade qui semble ne savoir qu'en faire.

Un tic nerveux, reproduisant le mouvement de négation, agite fréquemment la tête.

Tous ceux qui connaissaient l'enfant avant sa maladie s'accordent pour dire qu'il ne subsiste rien de son allure antérieure. Ils s'apitoient sur le changement intervenu, persuadés, du reste, que les lueurs éteintes de son intelligence ne reparaîtront plus.

Cependant, si pendant quelques jours l'état paraît stationnaire, on remarque au bout d'une douzaine de jours, qu'une amélioration très légère, se dessine. L'enfant relève la tête et parfois la tourne du côté d'un objet sollicitant son attention. Il crie moins, se prête mieux à l'alimentation qu'on lui donne à la cuiller. Il semble qu'il comprenne la nécessité de se nourrir ; tandis que dans les premiers jours il fallait enfoncer la cuiller tout au fond de la bouche, pour provoquer le réflexe de la déglutition ; il suffit maintenant de pousser la cuiller entre les lèvres pour que celles-ci se resserrent et que la déglutition se fasse, comme réveillée par autre chose qu'un réflexe inconscient. Le psychisme nul s'accuse légèrement.

Les progrès s'accentueront tous les jours dans une faible me-

sure ; mais ils sont très apparents pour ceux qui sont restés une semaine sans voir le petit malade.

Il reprend graduellement la connaissance des mouvements, nécessaire à la marche, d'abord marchant à quatre pattes, puis se cramponnant aux meubles d'alentour, puis circulant librement avec force-chutes et relèvements plus ou moins habiles.

D'ailleurs, les parents recommencent ce qu'ils ont fait quand l'enfant avait quelques mois ; ils font l'éducation du malade, non pas méthodiquement, car ils n'ont pas de notions à cet égard ; mais ils s'occupent constamment du petit sujet ; c'est la mère qui joue le plus grand rôle, elle apporte « le coefficient de stimulus maternel » (Marfan), indispensable à l'élevage de l'enfant.

Pendant longtemps, la reviviscence des acquisitions anciennes n'est que fragmentaire, désordonnée ; mais il y a parfois, à propos d'un point spécial, un progrès énorme ; ce qui s'explique par le jeu des associations d'idées ; le cerveau de l'enfant n'est pas absolument semblable à une table rase, comme dans le tout jeune âge ; il y a des données acquises jadis et qui sommeillent ; un rien, un souvenir de chose minime les réveillera. Ainsi l'enfant savait avant la maladie imperturbablement les lettres de l'alphabet ; il les prononçait de mémoire et les lisait sur un texte imprimé. On recommença à lui apprendre A B C et on mit quarante-huit heures à lui faire lire correctement ces trois caractères. Mais, ces trois lettres sues, les autres revinrent d'elles-mêmes, d'un jet, à la grande satisfaction des parents.

Sept mois après le début de la fièvre typhoïde, on pouvait dire que l'enfant avait récupéré tout ce qu'il avait perdu, tant au point de vue psychique qu'au point de vue physique.

Revu en février 1918, c'est un bel enfant de six ans et demi, très robuste, très affectueux, très turbulent et apprenant très bien.

OBSERVATION II

(Prise dans le service de M. le Professeur Crespin)

Régression psychique à la suite d'une coqueluche ayant duré quatre mois. — Guérison.

Henri W., âgé de 2 ans, vient le 9 novembre 1914 à la Consultation des Nourrissons, pour affection pulmonaire qui dure depuis trois mois.

Il est chétif et pâle. Son poids est de 11 kg. 170, sa taille de 86 cent., son périmètre thoracique de 46 cent. Son poids, à la naissance, était de 4 kilos. Le père, âgé de 36 ans, est bien portant. La mère est morte à 32 ans, en donnant le jour à son enfant. Elle était atteinte de coxalgie.

L'allaitement maternel n'a été pratiqué que pendant 8 jours et a été remplacé par l'allaitement artificiel au lait Nestlé. A 9 mois, l'enfant a mis sa première dent ; à 18 mois, il a marché ; à un an il a parlé.

L'examen de l'enfant ne révèle rien d'anormal, si ce n'est des râles de bronchite.

Pendant 2 ans 1/2 nous le perdons de vue. En mars 1917, il réapparaît ; il tousse, il a de la fièvre ; le thorax est plein de râles ronflants et sibilants. La radioscopie montre à l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs du poumon droit, l'existence d'une bande obscure horizontale interlobaire.

L'espace prévertébral est libre ; on y voit quelques ganglions.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive.

L'état général est mauvais ; la température oscille entre 38°1 et 39°7 le soir ; l'appétit est nul ; la toux est grasse et fréquente et s'accompagne de quelques crachats striés de sang.

A la fin de mars un mieux sensible apparaît ; l'enfant mange bien. Cependant, la radioscopie reste la même. L'examen clinique des poumons révèle une matité de la base droite en arrière. En avant, la sonorité est diminuée sous la clavicule droite. Un mois après nous revoyons le petit malade. La matité a disparu en arrière à la base droite. Elle persiste en avant. La toux est nettement celle de la coqueluche.

Pendant cette période de trois mois où il nous a été donné de suivre assez régulièrement l'enfant, nous avons pu remarquer que son intellect était normal. Comme les petits de son âge, il

parle assez bien, exprime assez correctement ses désirs ; il est très affectueux.

Le 10 juin au matin, brusquement le jeune W. est pris de céphalée, de vomissements, de fièvre et de mouvements convulsifs. On constate ce jour-là même de la paralysie du bras gauche. Etat comateux pendant toute la matinée ; par moment, mouvements convulsifs ébauchés et généralisés ; mâchonnement, écume sanguinolente, incontinence d'urines et des matières. Le bras gauche est en contracture, les réflexes cutanés et tendineux sont abolis. Aucune réaction du côté des pupilles qui restent très dilatées.

Une rachicentèse ramène un liquide hypertendu, limpide, avec quelques flocons fibrineux ; les lymphocytes y sont nombreux.

L'après-midi l'enfant retrouve ses facultés ; il parle, il voit ; il reconnaît son entourage ; l'hyperthémine persiste 39°8. Les quintes de coqueluche sont fréquentes. La sensibilité réapparaît. Pas de Babinski. Les réflexes pupillaires se rétablissent. Le membre gauche est flasque, les muscles du cou sont en complète résolution ; la nuit est mauvaise, crises convulsives fréquentes, une trentaine environ ; la température est à 40°.

Le 12 juin, une deuxième ponction lombaire donne issue à du liquide sans hypertension. Le 13, le calme apparaît. Les crises ont été nombreuses ; elles révètent le caractère d'épilepsie jacksonienne du côté gauche. En quelques-jours, tout phénomène fébrile disparaît. Le 15, l'enfant fait des mouvements actifs avec son membre gauche hémiplégié.

Pendant toute cette phase aiguë, l'intellect a été réduit à sa plus simple expression, en même temps qu'un peu de délire se surajoute à cet état pathologique ; le malade crie, pleure, essaye de mordre ceux qui l'entourent.

A la fin juin, tout symptôme aigu a disparu, sans ramener cependant l'intelligence à son intégrité ; on note de la conservation des attitudes, ou signe de Collin, et des mouvements syncinétiques.

Pendant de longues heures l'enfant est plongé dans une espèce de torpeur, il ne paraît ni entendre ni voir. Cependant il mange bien, marche convenablement tout en ayant un peu d'équinisme. Les quintes de coqueluche diminuent notablement.

Le 24 juin, il est pris de vertiges et tombe sans connaissance ; toute la journée se passe dans un état d'excitation et d'inconscience manifeste. La température est de 39°. On pratique une ponction lombaire qui soulage l'enfant ; le liquide, très hypertendu, est moins floconneux.

Pendant quelques jours nous assistons à une seconde phase

de délire, caractérisée par une irritabilité excessive. Le petit malade mange constamment sans se rassasier, il porte à sa bouche tout ce qui lui tombe sous la main, il marche et tombe fréquemment.

L'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye est négative, ainsi que la réaction de Bordet Wassermann. L'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune lésion du fond d'œil.

En quelques jours, tous les symptômes aigus s'atténuent ; alors que l'état physique paraît satisfaisant, que toutes les fonctions se font normalement, c'est l'intelligence qui se maintient dans le même état de régression. L'enfant crie et pleure constamment, il semble tel un enfant de six mois n'avoir à sa disposition que les cris et les larmes pour exprimer ses désirs. Il voit avec plaisir sa mère lui apporter quelque nourriture qu'il s'empresse de manger ; il ne sait plus se servir de cuiller et de fourchette. Les acquisitions antérieures du langage semblent notablement diminuées ; il ne sait plus bâtir une phrase, il n'emploie qu'un mot pour désigner un ensemble de choses se rapportant à un même ordre d'idées : le mot pain représentera pour lui tout ce qui a trait à la nourriture.

Cet état persiste jusqu'à la mi-juillet ; la fin juillet est marquée par un retour progressif du psychisme à l'état normal. La tonicité musculaire revient ; rapidement l'enfant redevient affectueux. Il va en classe et apprend normalement. Il sait lire. Il est resté un peu plus sensible qu'il ne faudrait ; il pleure souvent.

En résumé, cette observation nous met en présence d'un enfant qui fit, au cours d'une coqueluche, une hémiplégie cérébrale suivie d'une régression psychique intense qui dura quatre mois environ. A cette époque, le malade est redevenu normal. Son intellect, en dépit d'un pronostic défavorable que l'on aurait pu faire au début des accidents, a retrouvé toute son intégrité. Actuellement âgé de 6 ans, il ne paraît pas avoir conservé aucune trace de dégénérescence psychique. Il répond parfaitement bien aux questions que nous lui posons et nous récite avec expression des vers qu'il a appris en classe. Il sait lire couramment.

Son développement physique n'a pas été non plus retardé. Sa taille est de 108 cm., son périmètre thoracique de 58 cm., son périmètre céphalique de 50 cm. Il pèse 17 kilos.

OBSERVATION III

(Prise dans le service de M. le Professeur Crespin)

Régression psychique post-typhique, ayant duré trois mois. — Guérison.

Roland J., 2 ans 1/2, entre salle Bouillaud le 24 juillet 1916, avec des phénomènes gastro-intestinaux aigus et une fièvre élevée 40°7. Sa mère et son frère entrent avec lui.

La séro-réaction de Vidal est positive chez les trois malades.

Comme antécédents, nous relevons du rachitisme chez le jeune Roland. Les parents ne présentent aucune tare. La mère est âgée de 29 ans, a eu trois enfants à terme, le père est âgé de 38 ans.

La maladie pour laquelle l'enfant est hospitalisé présente une forme grave ataxo adynamique ; dès les premiers jours, on note de la raideur de la nuque, de l'hébétude, de la difficulté à s'alimenter, de l'hyperthermie et de l'amaurose passagère. L'abattement est considérable, au point que l'enfant ne se rend nullement compte de ce qui se passe autour de lui ; son regard est sans éclat. Il pousse continuellement des cris plaintifs. Ces troubles méningés qui paraissent chaque jour s'accentuer contrastent avec une température décroissante. En moins de huit jours, elle n'atteint plus que 38°5, le pouls moins fréquent, plus régulier, mieux frappé bat à 130.

Pendant huit jours la baisse thermique s'affirme, une complication la fait légèrement remonter ; l'auscultation révèle alors un peu de congestion des bases.

On note à ce moment un peu d'otite suppurée double et du strabisme interne à droite.

Le 21 août, l'apyrexie est complète. Cependant, le psychisme est plus altéré que jamais. Le petit malade est recroquevillé dans son lit, la face contre l'oreiller, indifférent à son entourage et aux bruits que l'on fait autour de lui. Il ne parle plus ; lorsqu'on lui présente un bol de lait, il sort momentanément de ce subcoma pour plonger la tête entière dans le récipient et avaler précipitamment comme un petit animal le contenu. Il semble qu'il ne subsiste en lui que l'instinct de l'alimentation.

On signale en outre de l'incontinence des urines et des matières.

La mère et ceux qui l'approchent journellement s'effrayent

de voir l'état intellectuel regresser à ce point et s'inquiètent pour l'avenir.

Le petit Roland, âgé de 2 ans, chez qui nous avions pu constater une intelligence normale est comparable actuellement à un enfant de 6 mois.

La convalescence se traîne. L'amaigrissement persiste et s'aggrave.

Le 18 septembre, le malade sort de l'hôpital dans un état physique et psychique précaire.

Un mois après nous revoyons l'enfant ; sa mère nous raconte que depuis sa sortie, des progrès se sont manifestés du côté de l'intellect. Le petit qui mangeait tout ce qui lui tombait sous la main, terre, papier, fleurs, s'alimente convenablement, sa voracité s'est calmée, il sait de nouveau se servir d'une cuiller ; il parle, son caractère s'est amélioré, il est redevenu très affectueux, toute inquiétude disparaît à son sujet, et le pronostic intellectuel paraît favorable.

En avril 1918, nous revoyons l'enfant, nos prédictions se sont réalisées ; l'état général est excellent, le poids est de 14 kg. 210, la taille de 91 cm., le périmètre thoracique de 53 cm., normaux chez un bébé de 4 ans 1/2. Son intellect est parfait ; il répond avec facilité aux questions que nous lui posons. Il sait compter, il sait son nom, son adresse et chante gracieusement des chansons que ses parents lui ont appris.

Sa maladie n'a fait nullement époque. La régression psychique qui s'est surtout affirmée dans la convalescence, a duré trois mois, temps au bout duquel la récupération intellectuelle a paru totale.

OBSERVATION IV

Fièvre typhoïde de moyenne intensité. — Régression psychique ayant duré onze mois. — Guérison complète.

A. R., 4 ans, fils d'Espagnol naturalisé. Son père, brocanteur, âgé de 44 ans, est mobilisé dans le service armé. La mère est très bien portante ; aucune tare connue dans la famille, mais plusieurs de ses membres sont dispersés en Espagne.

L'enfant n'a jamais été malade. Il va à l'école communale et le maître est content de lui ; sujet moyen, mais parfaitement équilibré, développé physiquement et intellectuellement comme les enfants de son âge.

Il contracte la fièvre typhoïde vers le 15 décembre 1915, en même temps que sa sœur, âgée de 14 ans et demi, alors que ses deux frères (9 ans et 11 ans) sont dans le décours de la même infection. C'est un exemple d'épidémie familiale, modalité qui, dans la même période, s'observe souvent à Alger.

La fillette soignée deux ans auparavant pour des adénites sous-maxillaires du type scrofuleux, était très vigoureuse ; elle fit une fièvre typhoïde, d'emblée entièrement grave, avec hémorragies multiples, et elle succomba au neuvième jour, aux suites d'une hémorragie intestinale profuse.

Le jeune garçon semblait devoir mener à bien sa fièvre typhoïde (traitement : bains tièdes et urotropine) qui évoluait normalement avec une température modérée, un pouls ralenti (100-110°), conservation de l'intelligence, quand sur le 20e jour alors que la courbe thermique accusait de grandes oscillations, l'enfant devint somnolent et refusa toute alimentation. L'examen des urines, une ponction lombaire ne révélèrent rien qui put expliquer ce nouvel état.

Pendant sept à huit jours, l'enfant dépérit d'une façon effrayante, ce qui s'expliquait par le manque d'alimentation. On le nourrissait par des lavements alimentaires et quelques gorgées de lait introduites à grand'peine entre les lèvres à l'aide d'une cuiller. L'obnutilation intellectuelle devint profonde également dès le 25e jour. La mère nous dit que l'enfant est comme idiot. En effet, c'est un être végétatif, semblant avoir perdu tout sentiment, tout instinct élémentaire. Indifférent à tout et à tous, il regarde sans voir, semble-t-il, et les bruits accoutumés (fermeture des portes ou des fenêtres, renversement

d'une chaise, chute d'objets quelconques) ne le tirent pas de sa torpeur.

La température tombe le 26e jour, mais pas complètement. Elle se maintiendra longtemps entre 37°5 et 38° (jusqu'au 40e jour). Malgré cette chute thermique, les phénomènes de régression psychique persistent en s'aggravant, en même temps que la détérioration physiquea s'ccentue.

Une légère amélioration se produisit vers le 30e jour, moment ou l'alimentation redevint possible. Comme il n'y a pas de troubles digestifs, on force rapidement cette alimentation (lait, bouillon de légumes, bouillon de poulet, jaunes d'œufs) ; mais l'enfant ne sait plus manger. Il faut l'alimenter de force ; il ne réclame d'ailleurs jamais.

Le jour où les troubles psychiques avaient apparu, l'enfant avait cessé de dormir, et pendant huit jours l'insomnie avait persisté résistant à tout traitement. Elle cède d'elle-même, mais pendant cette semaine, on peut dire que le malade ne s'assoupit qu'une demi-heure environ par jour. Il restait constamment inerte, les yeux grands ouverts, regardant dans le vague. Parfois une plainte étouffée, comme arrachée par une souffrance cachée ; parfois quelques secousses musculaires des bras et des jambes, et c'est toute la manifestation d'une vie qui semble s'éteindre. En général, l'enfant conserve l'immobilité la plus parfaite, sans rigidité. Il semble se laisser aller à la pesanteur et il se tasse sur lui-même, la tête plus basse que les épaules.

Si on le met debout, il s'effondre immédiatement, ce qui peut être imputable à la faiblesse musculaire ; mais il n'esquisse pas le moindre des mouvements nécessaires à la marche. Il a perdu la notion de la marche.

L'état reste alarmant jusqu'au 50e jour de la maladie. Les parents reprennent cependant espoir, parce que l'enfant suit maintenant, d'un regard un peu hébété il est vrai, les allées et venues de ses parents dans l'appartement.

Et, en effet, à partir de ce jour, les progrès furent très lents, mais continus. Quelques accidents heureux, signalant une amélioration plus rapide dans une direction déterminée surviennent. C'est ainsi que l'enfant ayant appris péniblement, sous l'influence des parents qui le stimulent, à prononcer le mot de poupée, en jouant avec une figurine habillée grossièrement en femme, crie le lendemain avec joie les mots de polichinelle et d'arlequin, devant deux jouets représentant ces personnages et apportés par un généreux voisin.

On vit en somme reparaître d'abord l'instinct de la conservation, le désir de se nourrir, puis le sentiment affectif pour les pa-

rents, la mère et le père, sentiment d'abord vague, se précisant de plus en plus. A noter que comme tous les jeunes enfants, il dit pendant quelques jours « papa » aux messieurs qui venaient le voir ; dès qu'il prononça le mot de maman, il l'appliqua à sa mère, uniquement à sa mère.

Parole, marche, affectivité, marchèrent ensuite de pair ; il n'y eut de ralentissement dans les progrès que dans les périodes où, pour une raison ou une autre, les parents cessaient de donner tous leurs soins, toute leur attention au petit malade.

Pendant de longs mois, l'enfant fût toujours en retard, mais en janvier 1918, il était « comme les autres » et pouvait revenir à l'école, où il rattrapait très vite le temps perdu.

La régression psychique avait évolué pendant 11 à 12 mois ; complète brusquement, d'un coup pour ainsi dire, elle avait diminuée insensiblement, pour disparaître totalement.

Avril 1918. — Aujourd'hui, l'enfant a 6 ans 1/2 et rien ne le distingue des enfants normaux de son âge.

OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur Crespin)

(Thèse Blanche Saracino, 1915. — Observation IV, p. 38)

Fièvre typhoïde. — Régression psychique ayant duré 14 mois. — Guérison complète.

P., Edmond, 17 mois, entre à l'hôpital, salle Bouillaud, le 19 janvier 1914.

C'est un enfant né avec un poids normal, ayant grossi dans les proportions habituelles, nourri au sein maternel sans réglementation.

La mère est bien portante et n'a eu comme antécédents morbides que des accès de fièvres palustres peu de temps avant sa dernière grossesse. Elle a nourri elle-même tous ses enfants.

Le père est également bien portant.

L'enfant est hospitalisé pour phénomènes typhoïdiques ; l'affection aiguë semble suivre une évolution classique ; on se trouve en présence d'un bébé tout à fait prostré, indifférent à l'examen, le regard égaré, avec une température de 38°5 et un pouls à 128. Vomissements.

Le 23, on constate du strabisme très net ; mais les vomissements ont cessé depuis la veille et il n'y a ni Kernig, ni raideur de la nuque. Pas de raie méningitique.

Le séro-diagnostic à l'Eberth est positif à 1/50.

On fait une ponction lombaire qui amène un liquide clair hypertendu contenant 0 gr. 70 d'albumine par litre sans élément globulaire. Cette ponction n'amène d'ailleurs aucune amélioration chez l'enfant, qui semble être devenu sourd et aveugle.

La température tombe graduellement à partir du 25 janvier, et le 30, elle est absolument normale.

En dépit de la baisse thermique, l'état psychique de l'enfant déjà diminué s'altère de plus en plus. Toujours indifférent aux paroles et aux gestes de l'entourage, il reste inerte dans les bras de sa mère, ne reconnaissant personne. Toutefois, il accepte l'alimentation que lui donne sa mère et montre pour celle-ci un certain degré d'affectivité. Il suit des yeux les objets éclatants, mais son regard ne dénote aucune lueur d'intelligence. Il se tient recroquevillé en boule dans les bras maternels et il ne peut émettre que quelques sons inarticulés, sans jamais sourire. Il

pleure parfois, mais sans motif. Quelques mouvements chez lui sont syncinéthiques.

Cet enfant de 17 mois paraît aussi peu avancé qu'un enfant de trois mois.

Un tel état reste stationnaire jusqu'au 7 février, moment où vu la persistance de l'obnubilation intellectuelle, on décide de faire une nouvelle ponction lombaire qui donne issue à un liquide clair, non hypertendu, reconnu normal.

A partir de ce jour, on note tous les jours une amélioration minime, mais nette. Un petit progrès se dessine donc insensiblement, et quand le petit malade sortit de l'hôpital le 17 février, il avait réappris à se servir un peu de ses membres et il commençait à articuler quelques mots. Son regard, sans être très animé, ne décelait plus l'indifférence totale du cours de la maladie et des premiers jours de la convalescence.

L'amélioration fut entièrement lente. Revu le 6 mai 1915, l'enfant a recouvré à peu près au point de vue intellectuel, son état antérieur. Cependant il est plus jeune que son âge, moins éveillé, moins hardi dans ses gestes et la marche que les babys du même âge. Il ne réalise pas les prévisions qu'il faisait concevoir avant sa maladie, parce que c'était paraît-il, un enfant avancé.

CHAPITRE IV

Diagnostic

La notion que des troubles mentaux d'ordres variés peuvent apparaître après les maladies infectieuses, doit nous guider pour notre diagnostic.

Les symptômes, l'étiologie, l'évolution aiguë, la guérison sans aucunes traces de la maladie ayant précédé et la persistance de manifestations du côté de l'intellect, doit nous faire penser que nous sommes en présence d'une psychose post-infectieuse.

Il en serait autrement pour une personne ignorant tous commémoratifs.

Le diagnostic de psychose posé, il s'agit de savoir de quelle psychose sont atteints nos malades.

Comme nous l'avons déjà dit, cette régression psychique post-infectieuse se différencie de tout autre trouble consécutif à une intoxication microbienne par trois grands symptômes : l'absence de confusion mentale, la conservation du sentiment affectif et la curabilité de l'affection.

Ces traits qui dépeignent la régression psychique seront recherchés par nous dans chaque ordre de névropathies et nous serviront à établir le diagnostic différentiel. Nous étudierons successivement les affections graves du cerveau pour terminer par les affections légères post-infectieuses.

L'idiotie, qui peut être absolue ou profonde, apparaît souvent après une maladie microbienne ; elle caractérise des êtres végétatifs dont la marche, la parole, l'attention sont nulles ou presque nulles.

Physiquement, l'enfant devenu idiot présente, au bout d'un certain temps, des vices de conformation très accusés dans les différentes parties du corps.

Il y a arrêt relatif de la croissance physique ; la face devient asymétrique, sans expression. On note souvent des tics bizarres, des mouvements choréiformes ; du mérycisme, de l'atrophie ou de la contracture des muscles ; un certain degré de prédispositions à l'épilepsie ou à d'autres complications névropathiques.

Intellectuellement, les facultés restent bornées. Il y a arrêt de développement psychique et perversion mentale. L'idiot ne prononce que quelques mots et quelques phrases qui constituent son seul vocabulaire et qu'il emploie souvent fort mal à propos. Il y a donc confusion mentale. Il sait à peine son âge et son nom.

Moralement, les sentiments et les affections sont absolument absents et remplacés par des instincts.

Il y a perversion morale, vices, exhibitionisme. Très enclin à la colère, il se laisse aller à des actes de violence absolument bestiale.

Ces stigmates de déchéance sont permanents.

Si l'on revoit l'enfant après quelques mois ou quelques années, on ne constate malheureusement qu'une persistance, sinon une accentuation des phénomènes déjà constatés.

L'idiot est incurable, parce qu'une partie de son cerveau est fonctionnellement détruite. Tout au plus peut-on créer, par l'éducation et l'habitude, des suppléances fonctionnelles imparfaites.

La régression pure se différencie d'une manière absolue d'avec l'idiotie par ses symptômes morbides passagers et son retour ad integrum de l'intelligence.

C'est par un abus de langage regrettable qu'on l'a confondue avec elle.

L'expression « régression psychique » n'exprime qu'une partie du syndrome. Il y a autre chose qu'une régression dans l'idiotie, et dire d'un homme de 25 ans qu'il

est idiot parce que son intelligence ne dépasse pas celle d'un enfant de cinq ans, ou qu'il est imbécile parce que son intelligence ne dépasse pas celle d'un enfant de dix ans, c'est n'exprimer qu'une partie de la vérité. Un idiot de 25 ans a une déchéance mentale spéciale, différente de celle d'un enfant de cinq ans. Au contraire, le terme « régression psychique » doit s'appliquer dans les cas où il y a un retour pur et simple à l'état antérieur, sans dégradation globale.

Dans l'imbécillité acquise, il y a aussi arrêt du développement de l'intelligence ; les facultés intellectuelles sont à un degré très incomplet. Les acquisitions faites avant la maladie représenteront tout le bagage du sujet.

La déchéance est moins prononcée que chez l'idiot, ce qui complique un peu le diagnostic différentiel d'avec le syndrome de régression pure ; d'autant plus que l'imbécile ne présente pas toujours des anomalies physiques caractéristiques.

Il est capable d'apprendre à lire, à écrire, à compter ; on a noté de grandes qualités de mémoire, une certaine promptitude dans les réparties. Mais ce qui tranche la question de diagnostic, c'est l'incurabilité, la perversion mentale et l'absence de l'affectivité.

L'arriération intellectuelle sera d'un diagnostic plus délicat. Par arriérés, il ne faut pas entendre les enfants présentant uniquement de la déficience intellectuelle : est « arriéré » tout enfant qui, pour un âge donné, présente un retard corporel, psychique ou sensoriel sur des sujets du même âge.

Les arriérés proprement dits ne représentent qu'un certain nombre des enfants anormaux ; les autres sont les pervertis et les déviés.

L'étiologie de l'arriération, tout en étant sous la dépendance de l'hérédité, comme toutes les adultérations du psychisme, reconnaît plusieurs autres origines : thyroïdienne, vasculaire, orchidienne, ovarienne, contrairement à la régression pure qui jusqu'ici n'a été retrouvée qu'à la base des infections.

Si parfois elle survient à la suite du processus microbien, tuberculose, syphilis, paludisme, elle prend le caractère de la régression permanente ; lequel suffit au diagnostic différentiel.

D'autre part, chez les arriérés c'est la totalité de l'organisme qui se développe mal.

Développement physique et intellectuel sont parallèlement ralentis.

Rien de semblable ne se retrouve chez nos malades, aucun signe somatique de l'individu n'a été constaté en même temps ou après les régressions pures dont ils étaient atteints. L'intellectuel seul était lésé et momentanément.

Il y a aussi à distinguer les régressions psychiques associées à des perversions ou déviations psychiques ou intellectuelles, des régressions psychiques pures.

Dans la chorée, il y a régression associée (souvent curable) à des troubles montrant la déviation des sentiments et de l'intellectualité. Le changement de caractère avec délire est souvent observé.

Le changement de caractère est le premier phénomène qui s'observe dans beaucoup de psychoses. Dans la régression psychique pure on ne peut pas dire que le caractère change. Ce sont des traits négatifs qui se révèlent. Le caractère devient flou, inaccusé ; la personnalité manque de netteté.

Malgré les difficultés qu'offre un diagnostic différentiel précis, une étude approfondie et minutieuse des symptômes s'impose, car le diagnostic conditionne le pronostic. Tout l'intérêt pratique de la question est là ; c'est ce que nous nous attacherons à démontrer dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

Pronostic

Le pronostic est basé sur la pureté du syndrome. Il est bénin généralement. Tous nos malades chez lesquels nous avons constaté une régression pure ont guéri.

Il est bon de le savoir et de bien connaître les particularités de ces psychoses curables, afin d'éviter un pronostic péjoratif, cause d'alarmes injustifiées pour les familles.

Parfois une attitude trop passive, un aspect d'hébétude et d'indifférence peuvent faire supposer qu'aucun travail intellectuel ne se fait, ni se fera.

Une série de petits signes, un examen psychiatrique nous permettront de reconnaître que ces enfants ne sont pas condamnés à la déchéance psycho-intellectuelle définitive.

On devra rechercher dans la manière d'être du bébé s'il donne des signes : d'affectivité, sentiments qu'il conserve pour ses parents ou du moins pour le parent qui s'occupe de lui plus spécialement, la mère par exemple. Ce signe constaté, on pourra dire que l'amélioration ne tardera guère à se dessiner et à s'accentuer.

On a signalé que les idiots font parfois montre d'affectivité, mais le développement normal de cette affectivité est chez eux extrêmement retardé. Alors qu'un enfant de un an et demi sait reconnaître son entourage et son milieu, ceux-là n'acquiéreront les notions rudimentaires qu'à six ou sept ans au plus.

Le baby dont il s'agit dans notre observation IV ne reconnaissait pas son père. Il appelait « papa » son cousin ; tandis que la première fois qu'il prononça le mot de « maman » il l'appliqua à sa mère.

Un autre bon signe de bénignité est la conservation des attitudes de Collin. Il ne se retrouve ni chez l'idiot, ni chez l'imbécile ; sa constatation peut rendre de grands services, chez les enfants pour lesquels on pourrait craindre l'idiotie ou l'imbécillité en montrant que leur système nerveux retardé dans son évolution n'est pas terminée et que beaucoup de symptômes constatés s'évanouiront tôt ou tard.

Mais, inversement, la prolongation de ce signe permet de dépister précocement de futurs névropathes. La constation de ce syndrome pourra nous permettre de pronostiquer la voie dans laquelle semble devoir s'engager l'enfant qui présente cette conservation au-delà des limites habituelles.

Nos petits malades étaient peut-être des prédisposés ; tous présentaient une certaine réceptivité à l'invasion microbienne de leur système nerveux, mais aucun par la suite n'a montré de tares durables.

Revus à plusieurs reprises et à époques différentes, aucun n'a montré de l'insuffisance du développement intellectuel. La croissance s'est faite normalement tant au point de vue physique que psychique.

Tous nos enfants ont appris à lire et à écrire, et quelques-uns montrent une mémoire extraordinaire.

La question pronostic est donc délicate car les conséquences peuvent être graves.

On a pu désoler inutilement des familles en leur faisant entrevoir un avenir bien sombre pour leurs enfants ; on a pu aller plus loin et leur conseiller l'isolement dans une maison d'arriérés.

Il faut donc savoir et ne pas oublier que chez ces

petits malades le développement interrompu peut reprendre à un moment donné et se compléter.

Le médecin doit apprendre à saisir le déterminisme de ces arrêts de croissance ; il saura les dépister et reconnaître leur curabilité.

CHAPITRE VI

Traitement

Etant donné le pronostic favorable et l'évolution cyclique de ces régressions, l'on peut se demander s'il est utile d'intervenir par une thérapeutique intensive.

Tous nos petits malades ont fort bien guéri et chez eux la médication a été très réduite ; pendant le cours de la maladie qui, dans les cinq cas observés par nous, a été très grave et très longue, nous nous sommes efforcés de soutenir l'état général par les méthodes habituelles, bains tièdes, huile camphrée, spartéine, et de tonifier le système nerveux par quelques gouttes de solution au 1/1000 d'adrénaline (cinq à sept).

Pendant la convalescence de la fièvre, au moment de l'apparition des premiers symptômes de la régression, nous nous adresserons à l'opothérapie surrénalienne, thyroïdienne ou pluriglandulaire.

Cette dernière thérapeutique trouve son explication dans le fait qu'il faut toujours supposer dans ces troubles un hypofonctionnement des glandes endocrines, accompagné d'hypotension artérielle. L'adrénaline, médication à laquelle nous nous adressons souvent, combattra ces désordres.

L'activité psychique doit être sollicitée par tous les moyens. L'entourage doit se livrer à un traitement de rééducation vis-à-vis de l'enfant. Il le fera causer souvent, il essayera de rappeler les souvenirs éteints jusqu'ici. En un mot, il lui réapprendra ce qu'il a oublié.

CONCLUSIONS

1° On peut, à la suite de maladies infectieuses, fièvre typhoïde, pneumonie, etc., rencontrer chez de jeunes enfants (de 3 à 7 ans) un syndrome psychique différent essentiellement des syndromes communément décrits, ayant pour base la déviation ou la perversion psychique.

2° Tandis que dans ces derniers on observe des manifestations délirantes (onirisme, lypémanie, etc.) plus ou moins fugaces, ou au contraire des altérations permanentes (idiotie, imbécillité, arriération mentale), dans le syndrome de régression psychique pure il n'y a pas de délire, ni aucun autre trouble de perversion ou de déviation psychique. De plus, tout rentre dans l'ordre au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

3° Ce syndrome est certainement peu fréquent à l'état pur. Il n'est pas exceptionnel cependant. On l'observe souvent perdu, noyé dans la symptomatologie plus ou moins bruyante, plus ou moins accusée des psychoses post-infectieuses.

4° Quand il est pur, il est caractérisé par la perte des notions acquises antérieurement par l'éducation, l'imitation, la nécessité instinctive. C'est un simple retour en arrière sans phénomènes surajoutés. Les sentiments sont moins définis, moins apparents. Parmi eux, l'affectivité familiale et surtout maternelle est moins atteinte que les autres.

5° Le diagnostic entre ce syndrome et les autres perturbations mentales peut être délicat. L'idiot et l'im-

bécile ne sont pas des régressifs purs ; ils sont surtout des déviés et des pervertis.

Dans le syndrome de régression pure, les idées délirantes, les obsessions, les absurdités, etc., font défaut.

L'arriéré mental peut ne pas présenter de symptômes de déviation psychique ; mais il s'agit d'un enfant qui porte les stigmates de l'incurabilité psychique.

Au contraire, dans le syndrome de régression pure, il s'agit d'un enfant normal avant la maladie infectieuse et qui, examiné à intervalles plus ou moins espacés, se présente toujours en progrès, ces progrès pouvant être peu accentués, mais réels cependant.

6° L'évolution vers la guérison est également un trait du syndrome favorisant ainsi le diagnostic.

7° Le pronostic découle du diagnostic. Dans le retour en arrière, dans l'affaiblissement et la disparition des notions antérieures, il y a des lueurs indiquant que l'activité cérébrale est intacte, mais seulement diminuées par rapport à l'âge considéré.

Ce pronostic est essentiellement bénin.

8° La pathogénie est incertaine, hypothétique. Toutes les parties de l'organisme (émonctoires, glandes endocrines, encéphale, etc.) ont été lésées par le processus infectieux.

Le syndrome de régression pure est sans doute une séquelle de ces lésions.

Toutes les notions concernant le psychisme du jeune enfant ne sont pas encore fixées fermement ; elles sont à fleur d'encéphale, alors que chez l'enfant plus âgé elles sont plus ancrées, par conséquent moins destructibles.

9° Le traitement est pour le moment simplement éducatif. Il faut réapprendre à l'enfant ce qu'il a oublié ; il faut refaire la route précédemment suivie et cela avec moins de peine, puisque les acquisitions d'autrefois,

seulement endormies, réapparaissent souvent en grand nombre, par le jeu des associations et le réveil de centres un instant torpides.

Quand la pathogénie sera mieux éclairée, un traitement prophylactique ou curatif suivant la perturbation de tel ou tel appareil, de telle ou telle glande, pourra être envisagé.

Le Président de la thèse,
J. CRESPIN.

Vu : *Le Doyen,*
J. CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer.
Alger, le 18 juin 1918.
Le Recteur,
E. ARDAILLON.

BIBLIOGRAPHIE

APERT. — Hygiène de l'Enfance.

— Les enfants retardataires (*Actualités Médicales*, 1902).

BINET et TH. SIMON. — Les enfants anormaux, 1907.

BROUARDEL. — Hygiène coloniale.

CHAUVET (Stephen). — L'Infantilisme hypophysaire, 1914.

COLLIN (A.). — Le développement de l'enfant, 1914.

— Le syndrome infantile normal, psychoneuro-musculaire (Thèse de Paris, 1912).

COLLIN et GODET (Mlle). — Les étapes neuropsychiatriques de la naissance à trois ans (*Archives de Médecine des Enfants*, février 1918).

CRESPIN. — Essai d'interprétation pathogénique de certaines névroses post-infectieuses (Thèse de Lyon, 1891).

CRUCHET. — La pratique des maladies des enfants.

CRUCHET. — Les arriérés scolaires (*L'Œuvre Médico-chirurgical* nº 51, 6 avril 1908).

DAICHE (Edmond). — Psychose aiguë post-infectieuse avec troubles du langage chez l'enfant (Thèse de Nancy, 1880).

DAMAYE. — Essai de diagnostic entre les états de débilités mentales (Thèse de Paris, 1908).

DIEUZAIDE. — Troubles intellectuels transitoires de la fièvre typhoïde chez l'enfant (Thèse de Paris, 1903).

DUPUY. — Quelques considérations sur les enfants arriérés (*Monde Médical*, mars 1913).

LÉVEQUE (Henri). — Des complications dans la convalescence de la fièvre typhoïde (Thèse de Paris 1881).

MARFAN. — La pratique des maladies des enfants.

RAYMOND. — Pathologie nerveuse, 1910.

Régis. — Précis de psychiatrie, 1909.

Rouvier (J.). — Précis d'hygiène de la première enfance.

Saracino (Blanche). — La Fièvre typhoïde chez le Nourrisson (Thèse d'Alger, 1915).

Sollier (Paul). — Psychologie de l'idiot et de l'imbécile.

Strœhlin. — Les Syncinésies (Thèse de Paris, 1911).